

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 97

A PROPOS DE DEUX CAS
D'IMPERFORATION DE L'HYMEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1921

PAR

BIDET (Charles-Antoine-Isidore)

Né à Servant (Puy-de-Dôme), le 26 février 1896

Médaille militaire

Croix de guerre (5 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président*.

DE ROUVILLE, professeur

ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 3-78

1921

**A PROPOS DE DEUX CAS
D'IMPERFORATION DE L'HYMEN**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 97

A PROPOS DE DEUX CAS
D'IMPERFORATION DE L'HYMEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1921

PAR

BIDET (Charles-Antoine-Isidore)

Né à Servant (Puy-de-Dôme), le 26 février 1896

Médaille militaire

Croix de guerre (5 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président*.

DE ROUVILLE, professeur

ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VHES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
Anatomie.....	GAUSSEL.	Accouchements	ETIENNE.
Chimie.....	EUZIERE.	Histoire natur.	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Physique.....	DELMA (P.).
	MARGAROT.		GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, prof., <i>président</i> .	MM. ETIENNE, agrégé.
DR ROUVILLE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour filial.

A MA GRAND'MÈRE

A MA TANTE

Hommage de ma vive reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR EUGÈNE BAISLE

Il voulut bien nous honorer de son amitié, s'intéresser à nos études et nous donner en toutes occasions des preuves de la bienveillance et de l'intérêt qu'il nous témoigna toujours.

A TOUS MES AMIS

CH. BIDET.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUSQUET

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE CLERMONT-FERRAND

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*Il nous fit faire nos premières
armes en chirurgie. Nous avons
pu apprécier la haute valeur de
son enseignement clinique, qu'il
rend si attrayant par sa façon
originale de l'exposer. Qu'il dai-
gne accepter ici le témoignage
de notre respectueuse sympathie.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommage.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES

CH. BIDET.

A PROPOS DE DEUX CAS D'IMPERFORATION DE L'HYMEN

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant d'étudier les imperforations de l'hymen, qui, peut-être, sont moins fréquentes qu'on ne le croit généralement. « Toutes les fois qu'on trouve le vagin fermé par une mince membrane, on est tenté de considérer celle-ci comme représentant l'hymen ; le plus souvent pourtant, il s'agit d'une imperforation terminale du vagin » (Pozzi).

Dans un premier chapitre, nous nous occuperons de l'historique de l'atrésie hyménéale.

L'intérêt de l'une de nos observations résidant dans la présence d'un utérus double cloisonné, avec deux vagins, dont un imperforé, nous ferons, dans un deuxième chapitre, un exposé embryologique destiné à rappeler le mode de développement de ces malformations.

Nous analyserons dans un troisième chapitre les deux observations que nous présentons, et nous étudierons leur symptomatologie et leur diagnostic.

Enfin, après avoir dit quelques mots du pronostic et

du traitement, nous donnerons les conclusions auxquelles nous croyons devoir aboutir.

Parvenu au terme de nos études, il nous reste à remplir le plus agréable des devoirs, celui de remercier tous ceux qui, durant de longues années, nous ont témoigné de l'intérêt, et nous ont aidé de leurs conseils.

Qu'il nous soit donc permis, avant d'aborder notre sujet, d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le professeur Bousquet, qui a bien voulu nous communiquer deux observations inédites d'imperforation congénitale de l'hymen, dont sur ses conseils nous avons cru devoir faire le sujet de notre thèse inaugurale. C'est une preuve de plus du bienveillant intérêt qu'il nous a donné en maintes circonstances.

Que tous nos maîtres de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand et de l'antique Faculté de Montpellier soient assurés de notre vive reconnaissance pour l'utile enseignement qu'ils nous ont donné.

M. le professeur Tédénat a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait.

A M. le professeur agrégé Etienne, qui, aux armées puis à Montpellier, nous a éclairé de ses sages conseils et nous a toujours témoigné la plus grande sympathie, nous offrons nos sentiments de respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

Les accidents déterminés par l'imperforation de l'hymen ont de tout temps attiré l'attention des observateurs.

Hippocrate écrivait déjà que « la conception peut être empêchée par certaine membrane, laquelle bouche l'entrée de la matrice.... Si l'orifice est fermé....., il n'admet pas le doigt, les règles ne paraissent pas, et la semence n'est pas reçue pendant ce temps. Il y a douleur au bas-ventre, aux lombes et au flanc..... On ouvrira ». (Hippocrate, Œuvres complètes. Traduction de Littré).

Pline (liv. VII, chap. xvi) dit que certaines filles naissent ayant la « nature bouchée ».

Aristote traite des accidents qui résultent de l'impossibilité de la venue des règles.

Celse écrit que « ce défaut de conformation procède quelquefois de naissance ». (Traité de la médecine.)

Ces malformations étaient regardées par le peuple avec une terreur religieuse, comme un signe de la colère des dieux. Cornélie étant née avec un hymen imperforé, on ne s'étonna pas que les Gracques, ses fils, aient eu tous deux une fin tragique.

Mais, dès le moyen âge, Dalechamp s'occupe de la

symptomatologie, Lanfranc et Ambroise Paré du traitement.

Au XVII^e siècle, Wier, Fabrice d'Aquapendente, Cabrol, Plater signalent plusieurs cas d'imperforation. Les observations se succèdent avec Bartholin, Guillemau, Fabrice de Hilden, Mauriceau. Heister, réunissant tous les travaux épars de ses devanciers, y ajoute ses observations personnelles et publie une étude d'ensemble dans ses « *Institutiones chirurgiæ* ».

Dès le début du XIX^e siècle, Boyer approfondit la question et prépare la voie aux Coste et aux Godefroy St-Hilaire.

Viennent ensuite les noms de Churchill, Cooper, Courty, Rose, Serrière et Lefort (Thèse d'agrégation, 1863).

Puech (de Montpellier) publie un ouvrage des plus remarquables sur les atrésies génitales de la femme.

Second fait un admirable résumé de la question en 1885.

Tourneux et Legay (1884), Tourneux (1899), Retterer (1891) ont ouvert des aperçus nouveaux sur la pathogénie de cette affection.

Depuis lors, l'imperforation de l'hymen a été beaucoup étudiée soit en France, soit à l'étranger. Une énumération de tous les travaux parus serait trop longue et trop aride. Nous avons pourtant relevé quelques noms, que nous signalons à l'Index bibliographique.

ÉTUDE EMBRYOLOGIQUE

En 1829, Müller décrivit un corps tubulaire, qui se forme par une invagination de l'épithélium germinatif externe du corps de Wolff. La dépression épithéliale s'isole de son point d'origine et se transforme en un tube longitudinal, qui s'avance vers le cloaque en se frayant un chemin entre l'épithélium germinatif et le corps de Wolff. Envisagés dans leur complet développement, les conduits de Müller se présentent sous la forme de deux tubes épithéliaux étendus du sommet du corps de Wolff à la paroi postérieure du sinus uro-génital, qui n'est autre que la portion ventrale du cloaque cloisonné par l'éperon périnéal de Koelliker.

Chez un embryon humain de 28 mm. l'insertion sur le cordon génital du ligament de Hunter, plus tard le ligament rond, permet de distinguer deux segments distincts aux conduits de Müller :

a) Un segment supérieur, dont l'ouverture intrapéritonéale forme le pavillon de la trompe ;

b) Un segment inférieur, qui se porte sur la ligne médiane et s'accole au conduit du côté opposé, dans toute la longueur du cordon génital ou de Thiersch.

En 1861, Rathke écrivait que le conduit vagino-utérin dérivait du sinus uro-génital par une excroissance ou bosselure de sa paroi postérieure. Müller, Lilienfeld, Valentin, bien qu'avec des divergences quant au mécanisme, admettent eux aussi la participation du sinus uro-génital dans la constitution du canal vagino-utérin. C'est à Bischoff, Thiersch, Leuckart, Kölliker, Livius Fürst et Dohrn que nous sommes redevables de notions très précises sur le mode de fusion des extrémités inférieures des conduits de Müller, d'où dérivent utérus et vagin.

Les recherches plus récentes de Tourneux et Legay ont encore éclairé la question, et l'ont, croyons-nous, définitivement résolue.

Ces notions rapidement exposées nous ont paru indispensables pour la compréhension des malformations qui découlent d'anomalies de cette évolution embryologique. Nous avons dit que les deux canaux de Müller se rapprochaient et s'accolaient sur la ligne médiane, dans leur partie inférieure, pour se fusionner ensuite ; mais les canaux de Müller peuvent rester accolés, le travail de fusion avortant totalement. Il se produira ainsi des vagins doubles avec utérus doubles, soit que les deux utérus restent séparés l'un de l'autre (utérus didelphe), soit qu'il persiste une cloison entre les deux canaux de Müller soudés ensemble, comme dans notre observation première.

Ainsi, « c'est par un arrêt et non par un excès de développement qu'il faut, disait déjà Godefroy St-Hilaire, expliquer la duplicité des organes impairs et médians ».

La membrane hyménéale, elle, ne s'accuse que dans la seconde moitié de la grossesse (Meckel, Valentin, Kölliker,... etc.).

C'est une cloison incomplète, dit Testut, qui se dresse

à la limite respective des deux conduits vaginal et vulvaire. Pozzi la rattache à la vulve. Pour Budin, « tout concorde pour démontrer que ce qu'on appelle l'hymen n'est autre chose que l'extrémité antérieure du canal vaginal, doublé à l'extérieur par la muqueuse vulvaire ».

En définitive, nous nous trouvons en présence de deux hypothèses : pour les uns, l'hymen est une formation externe ; pour les autres, il naît de l'extrémité inférieure des canaux de Müller.

Nous exposerons cette dernière manière de voir, puisque c'est celle communément acceptée (Ledru, Roze, Budin).

Blandin écrit que, « chez le fœtus du sexe féminin, le vagin est formé avant qu'il n'y ait aucune trace ni des grandes, ni des petites lèvres, et son extrémité est proéminente en avant du méat urinaire. Il est évident, assure-t-il, que cette extrémité saillante du vagin n'est autre chose que l'hymen ».

Peu élevée à son origine, la saillie hyménéale reste stationnaire pendant les quatre premiers mois de la vie intra-utérine. L'hymen ne prend sa forme définitive qu'au moment de la dilatation du vagin par prolifération active de la lame épithéliale emplissant la partie inférieure du canal génital. Cette multiplication exagérée des éléments cellulaires de la lame épithéliale ne détermine pas seulement la dilatation transversale du vagin, mais, s'exagérant également dans le sens de la longueur, elle refoule l'extrémité inférieure du vagin dans le vestibule, autrement dit dans la fossette qui s'est produite au fur et à mesure que le bouchon cloacal s'est détruit.

Telle est l'explication que donnent Tourneux et Legay de la formation de l'hymen, avec, pour la parfaite compréhension, des planches très significatives.

Leur mémoire peut être consulté avec fruit. Au pourtour du vestibule, autrement dit à l'anneau vulvaire, adhère donc l'hymen qui semble formé par l'adossement de la muqueuse vaginale avec la muqueuse vulvaire et qui, comme tous les orifices placés à la limite de deux champs embryologiques différents, peut être imperforé, l'imperforation supposant un arrêt du travail de résorption de la membrane limitante, dont le résultat est de faire communiquer la zone vestibulaire avec le conduit vagino-utérin.

Ainsi, dans l'appareil génital comme dans les autres appareils d'ailleurs, les états tératologiques permanents représentent des états embryonnaires transitoires.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Seuls, les phénomènes de rétention amenés par l'atrésie hyménéale la font diagnostiquer. Il est exceptionnel, en effet, que l'imperforation soit reconnue à la naissance, les organes génitaux externes étant habituellement bien conformés, et l'examen rapide et superficiel de la région, quand toutefois il est pratiqué, n'en amenant pas la découverte.

« L'imperforation de l'hymen n'offre aucun inconvénient avant la puberté », tel semble être l'avis d'une foule d'auteurs. Pourtant, des produits de sécrétion des glandes utérines et d'exsudation de la muqueuse vaginale peuvent amener des accidents. Budin rapporte une observation d'hydrocolpos chez une nouveau-née ; Godefroy (*Gazette des hôpitaux*, 1856) en observe un cas chez une fille de deux mois, et Laporte (de Lyon), dans sa thèse de 1908, conclut « qu'avant toute période menstruelle on a vu se former dans le vagin une rétention muqueuse susceptible d'occasionner à l'organisme les plus grands dommages et voire même la mort ».

Il n'est pas dans notre intention d'analyser ici les symptômes propres à chacun des états pathologiques

qu'entraîne l'atrésie de l'hymen. Nous nous cantonnerons dans la symptomatologie propre aux deux cas observés et relatés ici.

Dans notre observation I (colpo-hémato-salpinx unilatéral), les symptômes fonctionnels sont à leur minimum. Notre malade est réglée ; car, s'il y a imperforation à gauche, le sang qui s'exhale de la trompe et de l'utérus droits trouve une issue au dehors. Cette hémorragie cataméniale, effectuée par le côté ouvert, est peut-être plus ou moins régulière dans sa venue, médiocre en quantité. L'intéressée ne s'étant pas rendue compte ne peut préciser.

Aucune douleur n'est accusée.

La malade consulte seulement pour rétention d'urine, mais, à l'examen, on trouve une tumeur rénitente, remontant à l'ombilic et dont la palpation, au travers de la paroi abdominale, est douloureuse. Confirmant l'impression qui se dégage du palper, un cathétérisme montre que la vessie n'est pas distendue.

L'exploration digitale de la corne restée ouverte permet de reconnaître l'atrésie complexe et aussi l'existence d'une tumeur dont on précise le siège.

Voici, d'ailleurs, cette observation :

OBSERVATION I

Colpo-hémato-salpinx. — Utérus et vagin doubles. — Obturation d'une des deux cavités par une membrane. — Hymen persistant.

Eugénie B..., 16 ans, habitant Clermont-Ferrand.

26 octobre 1917. — La petite malade entre à l'hôpital pour rétention d'urine. A l'examen de la région hypogas-

trique se trouve une tumeur rénitente atteignant la hauteur de l'ombilic. La palpation est douloureuse. On n'a pas l'impression d'une vessie distendue. La mère interrogée prétend que la malade urine très peu. Sondage avec la sonde métallique. Il sort à peine un verre d'urine, et la tumeur ne paraît pas diminuer. On pense, un moment, à un corps étranger de la vessie venant obstruer la sonde. Dans le but de contourner l'obstacle, on fait un nouveau cathétérisme avec une sonde molle de Nélaton. Celle-ci pénètre difficilement de 10 cm. environ, et se recourbe. Plus une goutte d'urine.

On tente alors un toucher vaginal, qui réveille des douleurs très vives.

Pour pouvoir faire un examen plus sérieux, on décide une anesthésie générale de la malade au chloroforme. Le toucher rendu désormais possible, on pénètre à droite dans un vagin étroit et profond. On ne sent pas le col. Le doigt atteint seulement un orifice étroit coiffant avec peine le bout de l'index explorateur. À gauche et surtout sur la paroi antérieure du vagin existe une tumeur rénitente, qui obstrue le Douglas par un prolongement en arrière. Le périnée, quand on exerce des pressions sur l'hypogastre, bombe comme celui d'une femme en travail, au moment de l'apparition de la tête à la vulve.

On pense à un colpo-hémato-salpinx.

La mère, interrogée, déclare son enfant réglée depuis un an. On en déduit qu'on est en présence d'un utérus double cloisonné avec deux vagins, dont un imperforé. L'ovaire droit donnerait des menstrues expulsées et constatées par la mère : le gauche, le vagin du même côté étant imperforé, amènerait un colpo-hémato-salpinx.

Le diagnostic est confirmé par une ponction pratiquée

avec un gros trocart. Après désinfection soignée du vagin et des organes génitaux externes au savon liquide et au permanganate de potasse en solution à 1/1000, on retire par cette intervention deux litres de sang noir à odeur âcre. Le liquide sort au début sous pression. Une main abdominale sent la tumeur s'abaisser petit à petit, puis diminuer de volume. Tamponnement du vagin à la gaze stérile.

27 octobre. — Rien d'anormal; la malade est soulagée. Elle urine cependant difficilement, quoique sans sondage.

28 octobre. — Le matin, température 37°8. Le soir, grosse poussée fébrile (39°4), le facies s'altère.

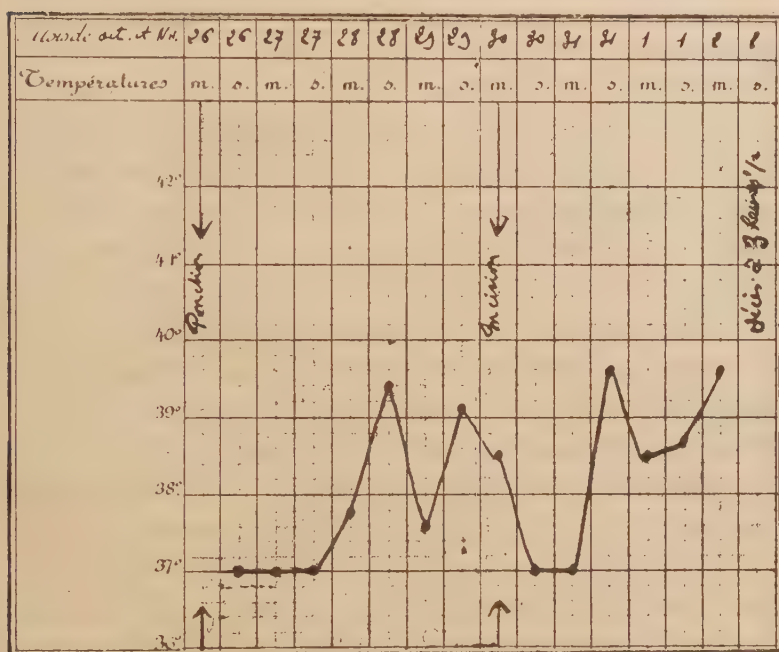
29 octobre. — Le matin, température 37°6. Le soir, nouvelle ascension (39°1). On décide d'intervenir le lendemain matin.

30 octobre. — Avant l'opération, température à 39°5.

Intervention. — Après anesthésie générale au chloroforme et désinfection soignée vaginale selon la méthode indiquée plus haut, on incise la tumeur dans le plan sagittal à 5 cm. au-dessous du méat urinaire. L'incision mesure environ 5 cm. La tranche saigne abondamment. Pour arrêter l'hémorragie, on est obligé de l'ourler au catgut. On se trouve alors en présence d'une poche d'une contenance de deux litres environ. Aussitôt l'incision faite, il sort un demi-litre de pus fétide. Le doigt, introduit dans la cavité, n'arrive pas à atteindre le fond, même en combinant soit un toucher vagino-abdominal, soit un toucher vagino-rectal. On fait alors un lavage abondant de la cavité vaginale au permanganate de potasse. Drainage par deux gros drains; tamponnement à la gaze stérile.

Le soir, à la contre-visite, on constate un mieux sen-

sible, le facies s'est amélioré, l'anxiété a disparu, le pouls est satisfaisant. La température normale (37°) finit de rassurer le chirurgien. On songe déjà à une intervention future, qui consistera à réséquer entre deux pinces la cloison qui sépare les deux vagins. Peut-être même



ira-t-on se rendre compte des lieux par voie trans-péritonéale.

31 octobre. — Au matin, la température se maintient à 37°; le soir, nouvelle ascension, 39°6.

1^{er} novembre. — La température se maintient haute : 38°5 le matin, 38°7 le soir. La malade vomit.

2 décembre. — Le matin, température 39°6. On détamponne la malade. Lavage de la cavité purulente au permanganate. Tamponnement nouveau. Le soir, à 2 heu-

res, l'interne de service est appelé par la sœur. L'état de la malade est grave : moiteur, pouls filiforme, yeux vitreux. L'épigastre est douloureux. La percussion des fosses iliaques accuse une matité marquée ; facies péritonéal, nez pincé. On met de la glace sur le ventre de la malade. On pratique une injection hypodermique de 20 cc. d'huile camphrée et de 0 gr. 50 de caféine. Malgré tout, la malade meurt à 3 h. 1/2 de l'après-midi.

Autopsie. — Le péritoine étant incisé, il s'écoule une grande quantité de pus fétide. Le Douglas a totalement disparu ; le rectum, l'utérus et la vessie sont réunis par des paquets d'adhérences. La malade, ainsi que tout le faisait pressentir, a bien succombé à une péritonite généralisée.

L'examen de la pièce confirme le diagnostic. Le volume de l'utérus est le double de celui d'un utérus normal, les cornes sont beaucoup plus marquées qu'à l'ordinaire. Cet utérus est cloisonné et il est continué par deux cavités vaginales bien distinctes. Chaque cavité vaginale se continue directement avec la cavité utérine correspondante, sans démarcation macroscopique appréciable. Les canaux de Müller ont donc persisté dans leur intégrité. La trompe et l'ovaire droits sont normaux. La trompe et l'ovaire gauche quintuplés de volume et fortement adhérents contiennent du sang et du pus fétide.

Voici donc un cas où la collection sanguine a suppuré à la suite de l'ouverture chirurgicale de la poche et du tamponnement de la cavité vaginale, malgré toutes les mesures aseptiques dont on s'était entouré.

Or, ce fait n'est pas isolé. Ainsi, parmi bien d'autres, nous en relevons un exemple rapporté par Villemain dans le *Bulletin de la Société de pédiatrie* de 1903. Il s'agis-

sait là aussi d'une imperforation de l'hymen qui, chez une jeune fille au moment de la puberté, fut cause successivement ou simultanément d'hématocolpos, hématométrie, hématosalpinx et hémato-cèle pelvienne.

Devant l'importance croissante des symptômes douloureux, on pratiqua le 6 novembre — 6 mois exactement après l'apparition des douleurs abdominales périodiques — une ponction qui donna quatre litres de sang noir. Le 10, les douleurs, qui s'étaient amendées, reprirent violentes et s'accompagnèrent de symptômes d'infection péritonéale. La température était de 38°-39°5. On débrida le 11 novembre; du pus sanguinolent s'écoula à la vulve. Mais le facies s'altéra de jour en jour; la tumeur, de plus en plus douloureuse, augmenta graduellement, la température monta à 40°. Il fallut laparotomiser. L'opération fut pratiquée le 2 décembre et démontra l'existence d'énormes masses suppurantes emplissant tout le bassin. Malgré cet ensemble de symptômes alarmants, la guérison survint deux mois après.

Tout cela pour bien souligner le danger d'ouverture de ces collections sanguines causées par les atrésies hyménéales. Sans doute, nous n'en sommes plus à les redouter, comme avant l'ère antiseptique; mais, si ces cas sont heureusement rares, à l'heure actuelle, il n'en ont que plus d'intérêt à être signalés.

La question se pose maintenant de l'indication du tamponnement de la poche une fois vidée. Les avis sont ici partagés, et d'aucuns estiment qu'il ne faut point tamponner. Quoi qu'il en soit, une infection étant toujours à redouter, le tampon, s'il est appliqué, sera retiré au bout de 12 à 18 heures.

Dans notre deuxième observation, la collection sanguine dans le vagin oblitéré s'est accrue progressivement, à chaque molimen menstruel, sans occasionner ces phénomènes douloureux que l'on considère pourtant comme de règle, et sans que l'état général soit altéré.

Aussi ne consulte-t-on que tardivement, malgré que « la nature ne soit pas ouverte », et cela à l'occasion de douleurs très brusquement survenues, et dues, à n'en pas douter, à une surdistension du vagin amenée par un nouvel apport sanguin. La tumeur vaginale ayant atteint un volume considérable comprime la vessie, déterminant les troubles urinaires accusés par la malade. C'est donc là, tout simplement, un symptôme de voisinage.

L'examen de la vulve lève tous les doutes.

OBSERVATION II

Imperforation de l'hymen. — Hématocolpos. — Incision. — Guérison

Philomène C.... est une vigoureuse fille de 17 ans et demi que nous trouvons à la salle Fleury, le 19 mars 1921. Domestique dans une ferme de la Combraille, elle a toujours été bien portante, travaillait fort comme les personnes de sa condition et ne boudait pas à l'ouvrage. Elle n'avait jamais été réglée, mais, sa mère lui ayant dit que « cela viendrait toujours assez tôt », elle ne s'en était pas autrement préoccupée, et, rassurée par l'affirmation maternelle, notre jeune personne n'en avait pas demandé plus. Dans la nuit du 16 au 17 mars, notre

jouvencelle, qui n'avait jamais souffert du ventre, est prise brusquement, étant au lit, de douleurs violentes et d'envies d'uriner qu'elle ne peut satisfaire. Un médecin, appelé le 17 au matin, examine la patiente et, reconnaissant une imperforation de l'hymen, l'adresse au Dr Bousquet.

Examen. — La jeune personne est très bien conformée, c'est une grande et forte campagnarde, sa vulve est normalement développée, mais totalement obturée par une membrane hymen imperforée qui fait entre les petites lèvres une légère saillie. Le bas-ventre est légèrement douloureux mais non distendu, on y perçoit la saillie formée par la vessie lorsqu'il y a un certain temps que la jeune personne n'a pas été sondée. Par le toucher rectal on perçoit l'existence d'une masse volumineuse et fluctuante qui fait dans l'ampoule rectale une forte saillie. La jeune fille n'ayant jamais souffert antérieurement, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'émettre même une hypothèse sur le nombre de périodes menstruelles qui ont déversé leur produit dans cette cavité ; tout ce que l'on peut affirmer, c'est que cet état n'a nui en rien à la santé de notre malade qui reste toute la journée debout, aide à l'entretien de la salle et, sauf sa rétention d'urine, n'accuse plus aucune douleur.

Intervention. — Le 17 mars, la patiente est endormie ; elle est mise dans la position obstétricale, puis avec les précautions d'usage on ponctionne la cavité avec un gros trocart : il s'écoule par la canule un liquide noirâtre qui est recueilli aseptiquement ; on en retire 750 gr. environ. Ceci fait, la membrane, qui a bien 3 millim. d'épaisseur, est excisée au thermocautère. Puis on pratique dans la cavité un lavage avec une solution de permanganate de potasse, et un léger tamponnement est

fait avec une mèche de gaze iodoformée. Sonde à demeure dans la vessie et obturation soignée de la vulve. Le pansement resté en place pendant cinq jours.

Jusqu'au 22 mars, aucune température.

Le 22, on enlève la sonde et le tamponnement, puis nouvelle injection et nouvelles mèches de gaze.

Le 29, tout est enlevé. L'opérée est autorisée à se lever le 30, et le 3 avril elle part et va reprendre ses occupations.

Avant son départ, nous avons fait un examen digital des organes génitaux externes qui, ainsi que l'on était en droit de l'espérer, étaient parfaitement conformés.

Le liquide recueilli a été envoyé au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, qui a transmis la note suivante : « Le liquide brunâtre légèrement hématique a donné à la centrifugation : Présence d'hématies non hémolysées et leucocytes polynucléaires en petite quantité, pas de microorganismes ni de pyogènes.

Les hémocultures en bouillon de peptone et en tubes de bile se sont montrées négatives après 24 heures de séjour à 37°.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Abandonnées à elles-mêmes, les collections sanguines résultant des gynatrésies sont d'un pronostic grave (Pozzi).

L'évacuation spontanée est insuffisante. Elle amène bien un soulagement temporaire, mais, par la brèche trop étroite et rapidement cicatrisée, l'infection pénètre et aggrave les nouveaux accidents de rétention qui ne manqueront pas de se produire. Si toutefois elle ne détermine pas d'emblée une septicémie mortelle, une péritonite est à craindre si la collection sanguine s'est vidée dans les organes voisins.

Il faut donc intervenir dès le diagnostic établi, et intervenir chirurgicalement, l'ère antiseptique ayant rendu illusoire l'abstention systématique des Boyer, des Dupuytren, des Cazeaux.

Le traitement comporte trois indications :

- a) L'évacuation du retentum ;
- b) Le maintien de l'ouverture créée ;
- c) La résection large de la cloison, dans le cas d'atrésie complexe, comme dans notre observation I.

On opère par ponction, par ponction puis excision,

par simple incision enfin, qu'elle soit verticale, horizontale ou cruciale.

La ponction, quand elle est pratiquée, doit porter sur la partie la plus inférieure de la tumeur, et autant que possible sur le point le plus aminci. La permanence de l'ouverture est ensuite assurée.

L'écoulement du rétendum est confié à la nature.

L'acte opératoire est donc des plus simples.

Il est pourtant des cas où la tumeur tubaire ne subit pas de changement après que la tumeur vaginale a été évacuée, ou bien après s'être affaissée elle reparait de nouveau aux règles suivantes.

Le seul traitement rationnel est ici la laparotomie suivie de la salpingectomie.

CONCLUSIONS

Nous résumons brièvement les enseignements que nous croyons devoir tirer de notre étude.

I. — L'embryologie explique l'imperforation de l'hymen.

II. — L'atrésie hyménéale peut coexister avec d'autres anomalies du conduit vagino-utérin.

III. — Dans les cas d'utérus et vagin doubles, l'obturation d'une des deux cavités par une membrane hymen imperforée siège le plus souvent à droite (20 fois sur 28, d'après Puech). Nous soulignons donc la rareté de notre observation première.

IV. — Dans ces mêmes cas d'atrésie complexe, la persistance de l'hémorragie cataméniale enlève au tableau clinique sa symptomatologie habituelle et nécessite un examen méthodique qui, ici, n'a pu se compléter que sous chloroforme, le toucher étant particulièrement douloureux.

V. — L'imperforation de l'hymen n'est le plus souvent diagnostiquée qu'à la puberté.

VI. — Les douleurs périodiques qui accompagnent l'exhalation du sang menstruel et sa non-évacuation peuvent faire totalement défaut jusqu'au jour où la cavité vaginale est surdistendue par le retentum.

VII. — Notre observation première montre combien grave est le danger si le retentum suppure.

VIII. — En conséquence, chez toute jeune fille arrivée à l'âge de la puberté, qui n'est pas réglée ou qui présente des troubles dysménorrhéiques, penser à la rétention possible des règles par atrésie hyménéale et procéder systématiquement à un examen direct, qui ne fera que précéder l'acte opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTMAN. — Contribution à l'étude de l'imperforation de l'hymen (Thèse Paris, 1891).
- AUGIER. — Hématocolpos par imperforation de l'hymen (Journal Société médicale. Lille, 1905).
- BARNETCHE. — Etude clinique de l'imperforation de l'hymen (Thèse Paris, 1889).
- BARTHOLIN. — Observat. centuriæ.
- BERGER. — Rapport à la Société de chirurgie, 9 déc. 1886.
- BISCHOFF. — Développement homme et mammifères (Encyclopédie nationale, 1843).
- BONNECAZE. — Traitement chirurgical des imperforations du vagin (Thèse Paris, 1872).
- BRÉSARD. — L'hématocolpos.
- BROCARD. — Journ. de médecine et de chirurgie pratiques, 10 mars 1904.
- BUDIN. — Imperforation de l'hymen (Bulletin Société obstétricale. Paris, 1903, t. II).
- CABROL. — Alphabet anatomique.
- COURTY. — Maladies du vagin et vulve.
- CRANWEL. — Hydrocolpos congénital (Revue gynécologique, 1905).
- DEBIERRE. — Des vices de conformation des organes génitaux urinaires de la femme, 1892.
- DEFONTAINE. — Un cas d'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel (Bulletin Société de chirurgie. Paris, 1886).

- DELAMERE. — Notes on a case imperforate hymen (Brit. Guiana Med. ann. Demerara, 1894).
- DE MINICIS. — Un cas di atresia hymenali con hematocolpo et hematosalpingo (Gaz. Milano, 1894).
- DRAKE-BROECKMANN. — Case of atresia hymenalis and septate uterus (Brit. M. J. London, 1892).
- FABRICE D'AQUAPENDENTE. — Œuvres chirurgicales.
- FABRICE DE HILDEN. — Observations chirurgicales.
- FAGET. — Les atrésies utéro-vaginales (Thèse Toulouse, 1902).
- GAILLARD. — Un cas d'imperforation de l'hymen suivi d'appendicite (Bulletin méd. de l'Algérie, 1906).
- GIECKNER. — A case of imperforate hymen (Maryland M. J. Baltimore, 1890).
- GILIS. — Précis d'embryologie, 1891.
- GUILLEMAU. — Œuvres de chirurgie.
- GODEFROY. — Gazette hôpitaux, 1856.
- GOFFE. — Imperforate hymen (American Journal obst., 1905).
- GRASSET. — Imperforation de l'hymen avec hématoocolpos (Centre médical et pharmaceutique de Gannat, 1906-1907).
- GREEN. — Imperforate hymen with hematocolpos (Boston M. et S. Journal, 1894).
- GUERETIN. — Etude sur l'imperforation de l'hymen (Thèse Paris, 1873).
- GUILBAUD. — Imperforation de l'hymen (Gazette médicale de Nantes, 1905).
- GUINARD. — Imperforation de l'hymen (Journal des Praticiens. Paris, 1907).
- HOUZEL. — Hématocolpos par imperforation de l'hymen (Archives provinciales de chirurgie. Paris, 1906).
- HUBBARD. — Imperforate hymen (Brooklyn med. Journal, 1906).
- KOELLIKER (Von). — Traité du développement de l'homme et des animaux supérieurs (Traduction française, 1879).
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LAPORTE. — De l'imperforation de l'hymen avant la puberté (Thèse Lyon, 1908).
- LITTRÉ. — Traductions complètes d'Hippocrate.

- LOMBARDI. — Un caso di imperforazione dell' imene (Arch. ost. Milano, 1904).
- MARCHAT. — Les imperforations du vagin (Th. Montpellier, 1905).
- MAURICEAU. — Observations sur grossesse et accouchement.
- MONTFORT. — Imperforation complète de l'hymen chez une femme mariée (Gazette médicale de Nantes, 1906).
- MORETY. — Imperforation de l'hymen Hématocolpos. Hématométrie (Bull. Société anatomique. Paris, 1898).
- PICQUÉ. — Imperforation de l'hymen (Méd. scientifique, 1895).
- PLINE. — OEuvres, liv. VII, chap. xvi.
- POZZI et JAYLE. — Traité de gynécologie (Atrésies voies génitales femmes, 1861).
- PUECH. — Annales de gynécologie, 1875).
- RETTERER. — Sur le développement du vagin (Société de biologie, 1891).
- ROZE. — De l'hymen (Thèse Strasbourg, 1865).
- STRISOVA. — Imperforation de l'hymen (Annales de gynécologie, 1893).
- TÉDENAT. — Montpellier médical, 1893.
- TILLAX. — Cliniques chirurgicales.
- TOURNEUX. — Précis d'embryologie humaine.
- TOURNEUX et LEGAY. — Mémoire sur le développement utérus et vagin envisagé principalement chez le fœtus humain (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1884).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 4 mai 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 4 mai 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
